

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 17

Reconstitution de la lèvre inférieure et de la région mentonnière

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre UCHAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 20 Avril 1917, à CLAMART (Seine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

**RECONSTITUTION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE
ET DE LA RÉGION MENTIONNIÈRE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1941-1942 — N° 17

Reconstitution de la lèvre inférieure et de la région mentonnière

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 9 Décembre 1941

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre UCHAN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 20 Avril 1917, à CLAMART (Seine)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1941

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET,
BERARD, COURMONT, GUIART, PIER, VORON, CADE, THEVENOT Léon.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	PATEL.
Clinique ophtalmologique	X...
Clinique dermatologique et syphiligraphique	BONNET.
Clinique neurologique et psychiatrique	FAVRE.
Clinique médicale infantile	LEPINE J.
Clinique gynécologique	MOURICQUAND.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	COTE.
Clinique urologique	REBATTU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	TAVERNIER.
Clinique des maladies infectieuses	DUFOUT.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CHALIER J.
Chimie biologique et médicale	PONTHUS.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique	MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MANCEAU.
Anatomie	GARIN.
Histologie	LATARJET.
Physiologie	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie générale et thérapeutique	CORDIER.
Anatomie pathologique	X...
Chirurgie opératoire	MARTIN J.-F.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie	SANTY.
Médecine légale	ARLOING (F.).
Hygiène	MAZEL.
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	LEULIER.
	GATÉ.



PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Embryologie	M. NOEL.
---------------------------------------	----------

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	P. RAVAUULT	CI AVEL	FROMENT (R.).
CHAMBON	PIGEAUD	LEVRAT	MARTIN (P.-E.).
REVOL	CROIZAT	PANSSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME	DELORE	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN	JOSSERAND	POMAN	PIFFAULT
CREYSSEL	MORIN	PEYCELON	
DE ROUGEMONT	BERTRAND	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. SANTY, président ; DE ROUGEMONT, assesseurs
MALLET-GUY et DUCLOS.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Enlevée prématurément à notre
affection.

A MON PERE

En témoignage de profond amour
filial.

En reconnaissance des sacrifices
qu'il s'est imposés pour moi.

A MA FEMME BIEN-AIMEE

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SANTY
Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
du jury de notre thèse.

A NOS JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT GINESTET
Chirurgien et spécialiste des Hôpitaux Militaires
Chef du Centre Maxillo-Facial de l'Hôpital Desgenettes

Son expérience et ses conseils
dévoués furent les guides de notre
travail. Qu'il trouve ici toute notre
reconnaissance pour la bienveil-
lance avec laquelle il nous a ac-
cueilli et aidé.

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES DE L'ÉCOLE
TUÉS A L'ENNEMI

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
DES HOSPICES CIVILS DE LYON
DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DESGENETTES
DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DU VAL-DE-GRACE

A MES CHEFS

RECONSTITUTION DE LA LÈVRE INFÉRIEURE ET DE LA RÉGION MENTONNIÈRE

AVANT-PROPOS

La chirurgie maxillo-faciale de guerre nécessite une équipe entraînée ayant à sa tête un chirurgien d'origine stomatologique de préférence. Il faut, en effet, que ce chef d'équipe soit familiarisé avec la chirurgie de la bouche et de ses annexes, car ces régions sont intéressées dans les huit dixièmes des blessures de guerre de la face.

Il faut qu'il puisse lui-même concevoir la prothèse qui s'impose dans chaque cas, et qu'il sache comment en tirer le meilleur parti.

Il sera assisté dans sa tâche par un médecin stomatologiste et des chirurgiens-dentistes. Pour l'exécution des différentes prothèses, des mécaniciens-dentistes habiles sont indispensables. Enfin un photographe complètera cette équipe pour fixer sur des clichés les stades successifs des différentes restaurations entreprises.

Une équipe de ce genre fonctionne dans les centres interrégionaux de chirurgie maxillo-faciale, tels que celui de l'Hôpital Desgenettes, à Lyon.

C'est dans ce centre que nous avons été accueilli avec une grande bienveillance par M. le Médecin-Commandant G. Ginestet, lorsque, rappelé à l'improviste du Détachement de Paris, nous sommes venu lui demander un sujet de travail.

Grâce à sa sollicitude, nous avons eu le loisir de rassembler tous les éléments de cette thèse, qu'il a inspirée. Nous lui exprimons encore notre sincère gratitude pour ses conseils nombreux et éclairés.

Nous remercions aussi M. Thorens, photographe du centre, qui nous a fourni les clichés, et M. Berlemont, au talent de qui nous devons les schémas qui illustrent ces pages.

INTRODUCTION

La lèvre inférieure est formée de trois plans qui sont :

Un plan cutané, un plan musculaire, un plan muqueux. Les deux plans superficiels, cutané et muqueux, sont facilement réparables ; ce sont eux qui sont reconstitués dans les plasties que nous allons étudier.

Au contraire, le plan musculaire, le plus important peut-être au point de vue fonctionnel, puisque l'orbiculaire est le sphincter qui commande l'orifice buccal, est très difficile à réparer dans les grandes destructions. Tout au plus, peut-on inclure entre les plans muqueux et cutané de restauration, les lambeaux de muscle qui subsistent de part et d'autre de la brèche, de façon à donner un certain tonus à la lèvre reconstituée.

Quant aux parties molles du menton, leur intérêt est surtout esthétique, car au point de vue fonctionnel elles jouent un rôle insignifiant.

Ce qui importe donc dans les blessures de ces régions, c'est la destruction ou la conservation de « l'étoffe », et nous classerons les plaies de la lèvre inférieure en deux groupes d'après leurs caractères :

I. — LES PLAIES SANS PERTE DE SUBSTANCE.

On les rencontre principalement dans deux cas :

a) *Les blessures par instrument tranchant* ; l'agent vulnérant est un couteau, un éclat de vitre, etc.

On peut faire entrer dans cette catégorie les morsures.

Que la lèvre se soit trouvée sectionnée entre les arcades dentaires du sujet lui-même, au cours d'une chute sur le menton, ou que la morsure soit le fait d'une autre personne, d'un animal.

b) *Les plaies survenant au cours des grands traumatismes* : les accidents d'automobile, de motocyclette surtout, nous en fournissent de fréquents exemples.

Il existe souvent, en pareil cas, un fracas du massif osseux de la face ; la lèvre inférieure est le siège d'une ou plusieurs plaies contuses dont le traitement ne diffère pas essentiellement de celui qui s'applique aux plaies par instrument tranchant.

II. — LES PLAIES AVEC PERTE DE SUBSTANCE.

MUTILATIONS.

Ici les destructions sont d'étendue et de gravité variables. Nous distinguerons d'après leur étiologie, deux ordres de mutilations :

a) *Les mutilations opératoires.*

Ce sont celles que crée le chirurgien dans un but thérapeutique : amputation large pour néoplasme. Le

point important ici, c'est que l'opérateur est maître en partie de l'étendue de la destruction.

b) *Les mutilations par projectile.*

Les coups de feu, les éclats d'obus, de bombes, etc., sont ici en cause. Ils provoquent des plaies variant d'un blessé à l'autre.

Rarement les parties molles sont seules intéressées ; parfois on ne retrouve rien du massif facial inférieur. Le blessé se présente avec une large brèche d'où s'écoule la salive. En général, on observe une destruction des parties molles associées de la lèvre et du menton. Les dents, le rebord alvéolaire, la symphyse même, sont le plus souvent intéressés.

Le traitement sera tout différent pour chaque groupe envisagé.

Lorsque nous n'aurons pas de perte de substance, nous ferons une *réparation*.

C'est le cas des coupures, des plaies contuses, où une suture précoce, après épluchage de la plaie réduit au minimum, redonnera une lèvre correcte. Nous disons bien épluchage réduit au minimum, car il faut perdre le moins d'étoffe possible, aussi bien du côté de la peau que du côté de la muqueuse, pour que la cicatrice ne rétracte pas la lèvre et ne la tende comme une corde au travers du vestibule en la plaquant contre l'arcade dentaire. La muqueuse est plus précieuse que la peau, parce que plus difficile à rem-
placer.

Dans les mutilations, nous aurons à faire une *restauration*.

Laissant délibérément de côté la question des restaurations des destructions opératoires, nous envisagerons uniquement la restauration des mutilations de la lèvre inférieure et de la région mentonnière par projectile de guerre.

Pourquoi ? Parce que, dans les mutilations opératoires, le chirurgien qui ampute sait de quelle manière il va reconstituer la lèvre après exérèse de la tumeur. La réparation sera immédiate et le travail facile puisque là il n'y a pas de tissu cicatriciel adhérent.

Au contraire, dans les destructions par projectile, le spécialiste se trouve placé devant le fait accompli. Il lui faut tirer parti de ce qu'a respecté l'agent vulnérant, pour sauver le blessé de cette infirmité désastreuse qu'est une lèvre inférieure laissant en permanence s'écouler la salive, et donnant lieu à des troubles de la phonation. En même temps ce blessé a de grandes difficultés pour s'alimenter.

Le but recherché est donc d'obtenir un résultat fonctionnel, une lèvre continente qui seule permettra au blessé une vie normale. Le résultat esthétique ne sera recherché qu'ensuite et accessoirement.

Soulignons la rareté de ces mutilations dans la pratique courante. On ne les trouve guère que dans les cas de suicide manqué ou dans les tentatives d'assassinat par coup de feu tiré de très près.

Par contre, la guerre, cette épidémie de traumatismes, comme l'a définie le Médecin Général Paître, permet d'en réunir un nombre important de cas.

Il est ainsi donné aux chirurgiens des centres maxillo-faciaux, d'apporter au traitement de ces blessures des améliorations de technique et même d'innover des procédés adaptés au cas envisagé et variables dans certains, selon l'évolution de la restauration entreprise.

C'est ainsi que Dufourmentel, en 1918, utilisa le premier le lambeau de cuir chevelu qui porte son nom.

La campagne de 1939-1940, malgré la courte durée de sa période active, a donné aux spécialistes de la chirurgie maxillo-faciale, l'occasion de traiter un certain nombre de ces blessures.

Nous nous proposons, à la fin de ce travail, de présenter quelques-unes de ces restaurations réalisées dans le centre de chirurgie maxillo-faciale de l'H. C. des Beaux-Arts, à Toulouse, puis dans celui de l'Hôpital Desgenettes, à Lyon.

Auparavant, nous allons voir quelles sont les lésions, quels sont les procédés de reconstitution et leurs indications relativement aux lésions. Nous traiterons enfin de la conduite à tenir dans la réalisation pratique d'une restauration.

LES LÉSIONS

Nous distinguerons d'après leur étendue et leur siège :

A. — Les lésions des plans superficiels (peau, muqueuse)

Les lésions isolées de la région superficielle, muqueuse ou cutanée de la lèvre, sont rares dans les plaies de guerre.

B. — Lésions de tous les plans labiaux

En plus des plans muqueux et cutané, le plan moyen musculaire est lésé. L'orbiculaire en particulier est sectionné ou détruit sur une plus ou moins grande étendue. Le sphincter musculaire étant détruit, le blessé laisse écouler sa salive en permanence. Ces plaies sont fréquentes dans la pratique de guerre.

Un fait curieux est ici à signaler : alors que la partie de la lèvre sous-jacente au bord libre et amarrée aux plans profonds est le plus souvent détruite, le

bord libre, lui, est conservé en grande partie. Ceci tient à l'extrême élasticité des tissus qui lui permet, dans une certaine mesure, de fuir devant le projectile.

C. — Vastes délabrements

Ici en plus de la plaie labiale qui est toujours étendue, on trouve les lésions des dents, du rebord alvéolaire qui est abrasé. La symphyse, la partie antérieure du plancher de la bouche sont dans certains cas intéressés.

Le blessé présente une brèche telle, qu'il a les plus grandes difficultés pour s'alimenter ; il peut même être dans l'impossibilité de le faire autrement que par l'intermédiaire d'une sonde. La phonation est aussi gravement troublée.

L'association des lésions des parties molles et des lésions osseuses fait de ces blessés des cas complexes dont le traitement demande une hospitalisation prolongée, de longs et patients efforts.

LES PROCEDES DE RESTAURATION

Un principe doit être posé, qui est à la base de toute restauration : il faut apporter de « l'étoffe » si celle qui subsiste de part et d'autre de la brèche est insuffisante pour la combler de façon satisfaisante.

Il existe donc deux catégories de procédés, selon qu'il faut ou qu'il ne faut pas apporter « d'étoffe ».

1° La méthode française, par rapprochement

Elle consiste, après avoir régularisé avec soin les bords de la brèche, à en cliver les différents plans. Ce décollement doit être fait plus ou moins loin selon l'étendue de la perte de substance. On suture alors plan par plan, après s'être assuré que la réunion se fait sans traction ni plissement et que les différentes sutures ne se trouveront pas superposées. L'étendue de la brèche qui peut être ainsi comblée est proportionnelle à l'élasticité des tissus.

2° Restauration au moyen de lambeaux

Par ce procédé on apporte au niveau de la perte de substance, l'étoffe nécessaire. Il est néanmoins

important d'incorporer à la plastie, les moignons de lèvre subsistant de part et d'autre de la brèche. Ces éléments musculaires « mécaniseront » ultérieurement la lèvre néoformée, dont les tissus rapportés sont eux-mêmes privés de muscle.

Les lambeaux que l'on emploiera, seront uni- ou bi-pédiculés. On les prélèvera soit aux dépens de la muqueuse seule, soit aux dépens de l'épaisseur totale de la joue ou de la lèvre supérieure, soit aux dépens de la peau. Leur siège de prélèvement sera choisi d'après les caractères de la perte de substance. Nous allons décrire les principaux types de lambeaux employés.

LAMBEAUX MUQUEUX

a) *Lambeau bipédiculé de Dufourmentel.*

Sur la lèvre supérieure, un peu en arrière du bourrelet cutanéomuqueux, un lambeau horizontal est taillé par transfixion. L'épaisseur de ce lambeau doit être suffisante pour que sa vitalité soit bonne. Deux pédicules le rattachent à la commissure droite et à la commissure gauche. Il est retourné et appliqué par sa face cruentée à la plaie de la lèvre inférieure préalablement avivée.

Les pédicules sont sectionnés lorsque la prise du greffon est assurée.

b) *Lambeau à insertion linéaire de Sébilleau :*

Sur la face postérieure de la lèvre supérieure, un lambeau rectangulaire est taillé de telle sorte qu'il

reste attaché à toute la longueur de la lèvre par son bord antérieur. Ce lambeau en « volet » libéré par dissection, est fixé comme précédemment à la plaie avivée de la lèvre inférieure. On sectionne l'insertion à la lèvre supérieure quand la greffe est prise.

c) *Lambeau jugal à un seul pédicule :*

On prélève la muqueuse de la face interne de la joue, sous forme d'un lambeau horizontal dont le pédicule est antérieur, rétro-commissural. Ce lambeau est tordu de façon à s'appliquer sur la plaie. Il ne convient guère qu'aux plaies qui ne dépassent pas la ligne médiane.

La section du pédicule se fait comme dans les cas précédents.

Dans ces trois procédés, la plaie d'emprunt est suturée immédiatement.

LAMBEAUX CUTANÉO-MUSCULO-MUQUEUX

Nous décrivons comme type le lambeau découpé dans la lèvre supérieure selon le procédé préconisé par Larger-Guinard

Ce lambeau comprend toute l'épaisseur de la lèvre supérieure et se trouve donc doublé de muqueuse dans toute son étendue. Dans le cas où le lambeau serait taillé comme le conseille Ombrédanne, au niveau du sillon naso-génien, la doublure muqueuse n'existerait que dans la partie voisine du pédicule, et il serait nécessaire de prendre un greffon muqueux

jugal complémentaire, pour reconstituer le plan profond.

L'avantage offert par la région naso-génienne, pour la prise du lambeau, est la dissimulation ultérieure de la cicatrice dans le sillon naso-génien.

Le lambeau est attiré vers la brèche à combler ; la muqueuse est libérée légèrement sur le bord inférieur du lambeau ; on a pris soin en taillant ce lambeau quadrilatère de respecter et de laisser en place le bord rouge (Morestin).

On suture la muqueuse libérée aux parties molles devant le maxillaire inférieur, et le cul-de-sac gingivolabial se trouve reconstitué. Des crins réunissent ensuite les bords cutanés du lambeau aux bords de la brèche de la lèvre inférieure.

La reconstitution du bord rouge est effectuée de la façon suivante (Morestin) :

On utilise l'extrémité externe du bord rouge de la lèvre supérieure restée flottante et libre pour tapisser la nouvelle commissure. On obtient une bouche dissymétrique. Secondairement on pourra allonger la commissure pour rétablir la symétrie. Ombrédanne opère de la façon suivante :

Il excise dans la joue à partir du bord rouge de la nouvelle commissure, un triangle curviligne. Un point de suture amène cette commissure au sommet du triangle d'excision qui a été taillé plus long qu'il n'était nécessaire.

L'élasticité du bord rouge lui permet de tapisser ainsi la brèche faite dans la joue.

Ces lambeaux cutané-musculo-muqueux sont aptes seulement à combler des pertes de substance unilatérales.

LAMBEAUX CUTANÉS

Le caractère particulier à ces lambeaux réside dans le fait que leur face profonde n'est pas recouverte de muqueuse ; il sera donc nécessaire dans un temps préliminaire, de constituer le plan muqueux profond de la nouvelle lèvre. Un « matelas labio-mentonnier » sera constitué, de plusieurs manières.

Dufourmentel crée ce plan profond par retournement de la peau jugale prélevée sur un des bords de la perte de substance.

D'autres chirurgiens utilisent deux lambeaux jugaux symétriques retournés et suturés entre eux sur la ligne médiane. L'avantage, ici, est d'avoir deux pédicules pour la même longueur de lambeau, d'où vitalité plus grande.

On peut encore tapisser la profondeur, soit par une greffe libre de peau totale, soit plutôt par une greffe dermo-épidermique prélevée au rasoir ; dans ces cas le résultat est aléatoire.

Ce matelas réalisé, on amènera sur lui, face cruenta contre face cruenta, le lambeau cutané qui formera le plan superficiel.

Voici les principaux types de lambeaux cutanés employés :

a) *Lambeau sus-hyoïdien (Ollier) :*

C'est un lambeau bi-pédiculé. Il est délimité par deux incisions à concavité supérieure, concentriques. La première naît de chaque côté des angles inférieurs de la perte de substance et passe sous le menton, en jugulaire. La seconde est plus externe. Il importe de ménager un îlot d'arrêt qui soutiendra le lambeau; il sera formé des téguments du menton dont on ménagera les connexions profondes. La largeur du lambeau sera proportionnée à l'étendue de la brèche à combler.

En tordant légèrement le lambeau sur ses pédicules, on lui fait enjamber la peau du menton.

Pour que le lambeau s'adapte bien, dans son nouveau lit, il faut faire partir l'incision supérieure « du bord de la perte de substance, de façon à éviter entre elle et lui la persistance d'une surface cutanée que le lambeau devrait enjamber à la façon d'un pont » (Dufourmentel).

La suture immédiate de la plaie d'emprunt sus-hyoïdienne est rendue facile par l'élasticité considérable de la peau en cet endroit.

b) *Lambeau cervical sous-hyoïdien :*

Ce lambeau bi-pédiculé présente les mêmes caractères que le précédent. La peau est de même qualité, la couleur et les poils sont semblables.

La technique d'utilisation est la même. Son avantage est de fournir beaucoup plus d'étoffe. Il peut être choisi plus large que le lambeau sus-hyoïdien, qui est forcément assez limité dans son étendue.

Le Médecin-Commandant Ginestet lui donne la préférence sur le premier.

c) *Lambeau prélevé sur le cuir chevelu:*

Cette technique fut innovée en 1918 par Dufourmentel pour traiter les grandes pertes de substance de la lèvre inférieure et du menton.

Les avantages du lambeau de cuir chevelu sont les suivants:

1° Du point de vue de la restauration elle-même et de son évolution, ce lambeau qui a sa vascularisation assurée par deux pédicules où se trouvent les artères temporales, est donc doué d'une vitalité bien meilleure que les lambeaux étudiés jusqu'ici. Ceci permet d'utiliser de plus longs lambeaux.

2° Du point de vue esthétique, la présence de cheveux contribue à cacher chez l'homme les imperfections de la lèvre reconstituée.

Pour les pertes de substance peu étendues, ne dépassant pas la moitié de la lèvre inférieure, P. Moure a utilisé des lambeaux semblables, mais à un seul pédicule comprenant l'artère temporale de ce côté.

Taille du lambeau : Il s'étend directement d'une apophyse zygomatique à l'autre. Sa largeur au niveau du pédicule sera de trois centimètres. En son milieu, ses dimensions seront proportionnées à celles de la brèche à combler.

On libère le lambeau et on le fait passer par-dessus le nez, en le tordant légèrement sur ses pédicules. On

l'amène au-devant de la perte de substance, sur la surface cruenta du matelas préparé pour le recevoir. On fixe la partie centrale du lambeau au bord de la brèche.

Section des pédicules: Elle se fait du 10^e au 15^e jour lorsque le lambeau a pris, au ras de la partie greffée. Certains auteurs, avec Sébilleau, sectionnent les pédicules à une quinzaine de jours d'intervalle. C'est, pensent-ils, une garantie de plus pour la vitalité du greffon.

Les restes des pédicules sont rabattus dans leur position primitive et étalés sur la plaie d'emprunt du cuir chevelu. On s'efforce de réunir cette plaie dans la mesure du possible. Les cicatrices sont rapidement cachées par la repousse des cheveux.

d) *Lambeaux tubulés migrants :*

Il est des cas où la greffe sera prélevée ailleurs que dans le voisinage, comme c'était le cas dans les procédés étudiés jusqu'ici.

L'étoffe nécessaire pour être prélevée aux dépens de la peau dorsale, des téguments du bras. De préférence on s'adressera à la peau de l'abdomen, car en cet endroit de larges lambeaux peuvent être pris sans inconvénient du fait de la laxité des téguments.

Ces lambeaux, pour être amenés au niveau de la brèche faciale, devront donc subir une ou plusieurs transplantations. Il n'entre pas dans le cadre de cet exposé de décrire la technique complète de ce procédé, toutefois indiquons que le lambeau sera tubulé

avant d'être détaché de l'abdomen, et, qu'une fois amené par l'intermédiaire de l'avant-bras par exemple, au voisinage de la plaie à réparer, il sera déroulé et suturé sur un matelas labio-mentonnier comme les lambeaux précédents.

INDICATIONS DES DIFFERENTS PROCEDES

Nous allons reprendre les pertes de substance envisagées au début de ce travail, et pour chacune, nous indiquerons le procédé de restauration qui convient.

A. — Lésion des plans superficiels : peau et muqueuse

1° *Perte de substance peu étendue* : La méthode française par rapprochement est indiquée. Elle donne à peu de frais une lèvre correcte.

2° *Perte de substance étendue* : Il est inutile et même nuisible de chercher à restaurer par rapprochement. En effet, la rétraction de la lèvre contre l'arcade dentaire serait inévitable et il vaut mieux d'emblée s'adresser aux lambeaux muqueux.

Le lambeau unipédiculé de muqueuse jugale convient pour les lésions de la muqueuse ne dépassant pas la ligne médiane. Dans tous les autres cas, on aura le choix entre le lambeau bipédiculé de Dufourmentel et le lambeau à insertion linéaire de Sébilleau, prélevés tous deux sur la lèvre supérieure à sa face profonde.

Pour la muqueuse du cul-de-sac gingivo-labial, on aura recours à une greffe dermo-épidermique prélevée au rasoir sur la cuisse par exemple, et mise en place sur stents

En ce qui concerne les pertes de substance de la peau, des greffes de peau libre, prélevée derrière le pavillon de l'oreille, donneront de bons résultats. On pourra encore employer des lambeaux cutanés pédiculés, prélevés aux dépens des téguments du bras, du cou.

B. — Lésion de tous les plans labiaux

Nous distinguerons encore les pertes de substance non étendues et les pertes de substance étendues.

1° Pertes de substance non étendues :

La méthode française par rapprochement est encore indiquée. Elle permettra de reconstituer par simple suture après régularisation des bords de la brèche, et clivage des différents plans, une lèvre continente.

Mais il faut se garder de vouloir « rapprocher » à tout prix : le procédé a des indications restreintes, car même dans des cas où le rapprochement semble être obtenu sans traction notable, il donne un vestibule insuffisant. C'est alors un obstacle à la prothèse si souvent nécessaire chez de tels blessés. En outre, la disproportion entre la longueur de la lèvre supé-

rière et celle de la lèvre inférieure est une cause de mauvaise occlusion buccale.

2° *Pertes de substance étendues :*

Il n'y a pas sur place assez d'étoffe, il faut en prélever ailleurs. Les procédés à lambeaux sont donc de règle ici.

Si la brèche est unilatérale, on utilisera soit le lambeau uni-pédiculé de Largier-Guinard, taillé dans toute l'épaisseur de la lèvre supérieure ou de la région nasogénienne, soit le lambeau uni-pédiculé de cuir chevelu préconisé par P. Moure.

Dans les brèches dépassant la ligne médiane, si la lèvre seule est lésée, sans participation des parties molles du menton, un lambeau relativement étroit, tel que celui d'Ollier, prélevé aux dépens de la région sus-hyoïdienne, suffira à combler la brèche.

Si l'on désire avoir une flèche plus longue, ou si la perte de substance intéresse les parties molles du menton, on utilisera, comme G. Ginestet, le lambeau cervical sous-hyoïdien, et dans les cas de destruction plus étendue, le lambeau de Dufourmentel, taillé aux dépens du cuir chevelu.

Ces indications ne sont pas absolues et il arrive que des lésions de la région de prélèvement idéale, obligent à utiliser un procédé qui est moins satisfaisant. De plus il faut tenir compte de la volonté du blessé qui ne consent pas toujours à sacrifier une partie de son cuir chevelu, par exemple.

Si donc pour une raison ou pour une autre, le cuir chevelu, la peau cervicale n'ont pu être utilisés, si

encore l'un quelconque de ces lambeaux s'est sphacélé, on pourra amener l'étoffe nécessaire par l'intermédiaire d'un lambeau tubulé migrateur prélevé par exemple sur l'abdomen.

C. — Vaste délabrement

Dans ces cas, c'est presque toujours au lambeau de cuir chevelu ou au lambeau sous-hyoïdien que l'on aura recours. Parfois même, il faudra en plus faire appel à un lambeau tubulé migrateur.

Pour les lésions associées, une immobilisation par blocage en cas de fracture simple du maxillaire, une ostéosynthèse en cas de fracture ayant déplacé les fragments, seront mises en œuvre. S'il existe une perte de substance osseuse, on fera une greffe tibiale.

Quoi qu'il en soit, le traitement des lésions osseuses et celui des parties molles ne seront pas menés de front. On les entreprendra l'un après l'autre.

CONDUITE A TENIR DANS UNE RESTAURATION DE LA LEVRE INFERIEURE ET DU MENTON

Connaissant les lésions et les procédés de restauration, comment passer à l'application sur le blessé ? Quelles sont les précautions à prendre, les règles à observer ?

C'est ce que nous allons considérer à présent.

Avant d'entreprendre la restauration d'une mutilation de la lèvre inférieure comme celle de toute région de la face, une étude préliminaire est indispensable, au cours de laquelle des moulages seront pris, des mesures seront faites, compas à la main. Des patrons seront découpés. Tout cela dans le but de connaître exactement les dimensions et la forme qui seront données au lambeau.

Cette étude faite, on abordera les soins préopératoires. Ils sont de trois ordres :

1° *Relever l'état général du blessé* : En effet, par suite des difficultés apportées à l'alimentation par la lésion, le sujet sera en général dans un piètre état, et il sera nécessaire, avant l'intervention, de le soumettre, par la sonde au besoin, à un régime de suralimentation.

2° *Mise en état de la bouche du sujet* : On enlèvera les chicots, on détarttrera les dents, on traitera les caries s'il en existe, de manière à assurer une moindre septicité de la bouche.

3° *Prothèse pré-opératoire* : Dans les délabrements et en général dans toutes les destructions importantes de la lèvre inférieure, une prothèse en vulcanite sera mise en place pour s'opposer au comblement du cul-de-sac gingivo-labial. En même temps elle donnera du galbe à la région. Elle sera parfois un danger pour la vitalité du lambeau, lorsque, dans les heures suivant l'opération, l'œdème comprimera le greffon sur le plan résistant de cette prothèse. Il faudra alors l'enlever, et la remplacer par un tamponnement de gaze iodoformée.

4° *Traiter la dermite de la face antérieure du cou* : Chez ces blessés dont la salive coule pendant des semaines sur les téguments du cou, il se développe une dermite rebelle puisque l'irritation est constamment entretenue. Cet eczéma, avec folliculite, fait parfois retarder considérablement l'intervention. On le traitera par le décubitus dorsal en permanence, seul moyen efficace de supprimer la cause de l'irritation.

L'opération

Elle débutera par un tracé précis des repères, d'après les données fournies par l'étude préliminaire. Ces repères seront tracés avant l'anesthésie, car en cas d'anesthésie locale, l'infiltration déformerait la région et fausserait les mesures.

Un procédé simple consiste à jalonner les tracés par quelques points au crayon de nitrate d'argent. Le badigeonnage iodé ultérieur les fait apparaître en blanc.

L'ANESTHÉSIE

Deux méthodes ont chacune leurs partisans.

L'anesthésie générale est utilisée par certains; ne pouvant être donnée ici par voie respiratoire, elle sera administrée par voie veineuse ou par voie rectale. Dans ces deux cas la présence d'un anesthésiste très familiarisé avec ces méthodes est indispensable.

L'anesthésie loco-régionale permet de se passer de cet aide. C'est elle que nous avons vu employer dans le centre de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital Desgenettes.

Elle se fait au moyen de longues aiguilles souples; au niveau des cicatrices de la blessure, il sera parfois utile de recourir à l'emploi d'une seringue de dentiste.

L'anesthésique employé est en général la Novocaïne, à faible concentration : 1/100 ou 1/200. On en injecte au cours de l'intervention jusqu'à 200 cc.

L'association d'adrénaline est déconseillée, à cause de son action vaso-constrictrice qui pourrait nuire à la vitalité du lambeau.

Avant de commencer cette anesthésie loco-régionale, une injection préparatoire de Skophédal ou de Dunaphorine destinée à plonger le blessé dans une profonde torpeur, peut être utile chez les sujets pusil-

lanimes, ou lorsque l'intervention doit être de longue durée.

CONDITIONS DE VITALITÉ DU LAMBEAU

1° La largeur du lambeau sera théoriquement au moins égale au tiers de sa longueur, qu'il y ait un ou deux pédicules. (Nous avons vu néanmoins des lambeaux où cette règle n'était pas observée, réussir parfaitement.)

2 ° Il faut s'abstenir d'employer des pinces à griffes fortes qui traumatiseraient le lambeau.

3° Le gros danger, l'ennemi principal de la greffe, est la production d'un hématome interposé qui viendrait décoller le lambeau de la surface à réparer et compromettrait sa vitalité.

De plus, cet épanchement ne tarderait pas à suppurier et il oblige à enlever un ou plusieurs points de suture.

Contre cet hématome, il faut :

a) Une hémostase soigneuse;

b) Appliquer le lambeau au plan destiné à le recevoir et à le nourrir, par des points de suture au catgut très fin, « en capitonage », si le lambeau a une surface d'une certaine étendue.

LES SUTURES

Elles seront faites au crin très fin. Le crin est préférable à la soie ordinaire qui s'imbibe de sérosité. (On ne trouve plus actuellement de soie ni de fil de lin apprêtés.)

Les aiguilles employées seront très fines, le mieux est d'utiliser des aiguilles avec fil serti lorsque l'on peut s'en procurer.

Pour soulager les sutures, on pourra rapprocher les bords à suturer, à l'aide de fils d'appui passés sur des boutons à distance, au-dessous du lambeau.

Les soins post-opératoires

A) SOINS PRÉCOCES :

On luttera contre le refroidissement du lambeau en utilisant un pansement ouaté peu serré. Si besoin est, on assurera l'humidification par des pulvérisations ou des irrigations au sérum tiède plusieurs fois par jour. Un cataplasme électrique peut rendre de grands services dans ces deux cas.

L'opéré sera gardé dans le décubitus dorsal, pour éviter que la salive ne vienne souiller la plaie opératoire. Des pastilles de Gonacrine et des Sulfamides seront prescrits.

L'alimentation se fera bien entendu à la sonde nasale au début, par tube au bout de quelques jours.

B) SOINS ÉLOIGNÉS :

Une fois la cicatrisation obtenue, il faudra installer une prothèse destinée à assouplir la nouvelle lèvre. Différents appareils agissant soit par leur propre poids, soit au moyen de ressorts, seront adaptés.

L'épilation à la pince, en cas de pousse de poils dans le vestibule, lorsque le plan profond aura été fait aux dépens de la peau jugale, sera nécessaire dans les premiers temps. Ultérieurement, si cette pilosité se reproduisait, on pourrait agir par radiothérapie.

Pour parfaire l'assouplissement des cicatrices, l'ionisation iodée sera très efficace.

Enfin, une prothèse définitive sera mise en place pour compenser la perte du rebord alvéolaire et des dents.

S'il existe une pseudarthrose du maxillaire, une greffe osseuse pourra être alors entreprise.

Nous allons à présent voir l'application des techniques que nous venons d'étudier, dans le traitement de quelques destructions de la lèvre inférieure et du menton.

OBSERVATIONS

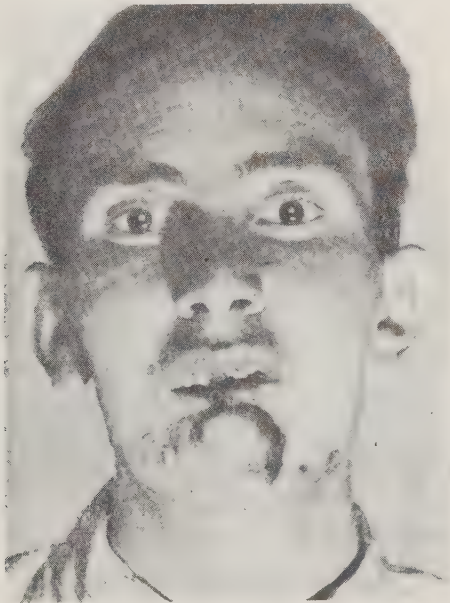
CAS N° 1

B... Abd-el-Kader, 2° classe, 14° R. T. M.

Blessé le 22 mai 1940, par éclat d'obus.

Entré le 30 juillet 1940 à l'hôpital des Beaux-Arts de Toulouse.

Il présente un délabrement de la lèvre inférieure et des parties molles du menton avec cicatrice rétractée et adhérente.



Le 25 septembre 1940 : Libération au bistouri électrique des adhérences. Un vestibule inférieur est ainsi créé. Mise en place d'un bloc de stents.

Le blessé a été perdu de vue de novembre à janvier, par suite de la mutation du chef de service.

Le 29 janvier 1941 : Entrée à l'Hôpital Desgenettes à Lyon.

Le 4 mars 1941 : Libération des deux segments de la lèvre inférieure éversés dans la cavité buccale et amarrés au niveau du rebord alvéolaire abrasé par le projectile. La section superficielle est faite le long des cicatrices existantes. Les deux lambeaux sont mobiles autour d'une charnière externe. Les téguments de la zone sous-labiale médiane et mentonnière sont également éversés vers la cavité buccale. Ils sont libérés sur toute la hauteur du menton et remontés par glissement. Ils sont maintenus en place par des points au catgut en profondeur. Suture aux crins des deux lambeaux de la lèvre entre eux, et aux téguments sous-jacents. Le plan muqueux intrabuccal est incomplet. Une plaque de vulcanite maintient la lèvre néo-formée.

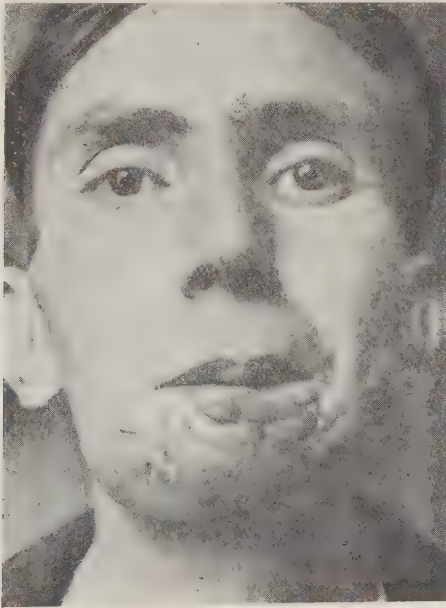
Le 29 avril 1941 : La lèvre est reconstituée mais manque de laxité. Elle est amarrée au rebord alvéolaire par manque de vestibule buccal. Au bistouri, création d'un sillon de 6×2 cm.

Essai de clivage de la lèvre en hauteur. Prélèvement dermo-épidermique sur la cuisse et mise en place dans la brèche sur stents. Maintien par anses en soie de Chaput.

Le 23 août 1941 : La lèvre inférieure est encore un peu enroulée et raccourcie par manque d'étoffe dans sa partie buccale. Par voie buccale, incision longitudinale de 3 cm. à 1 cm. $1/2$ au-dessous du bord libre. Incision verticale branchée sur la précédente. Libération des téguments internes et externes en tous points pour les

mobiliser sur les plans profonds. Rapprochement des deux volets créés aux dépens du bord libre de la lèvre par les incisions initiales. Eversement de l'extrémité libre des volets pour gagner de l'étoffe en hauteur et sutures avec traction légère.

La lèvre qui était enroulée et manquait de hauteur en sa partie moyenne, a un bord libre nettement surélevé en cet endroit après l'opération. Une cicatrice s'étendant du bord de la lèvre vers la région paramentonnière gauche et plissant les téguments est réséquée. La surface cutanée est rendue plane grâce à un léger glissement de la peau voisine libérée à distance.



Le 30 septembre 1941 : Le résultat paraît bon, la lèvre est « remontée », aplanie.

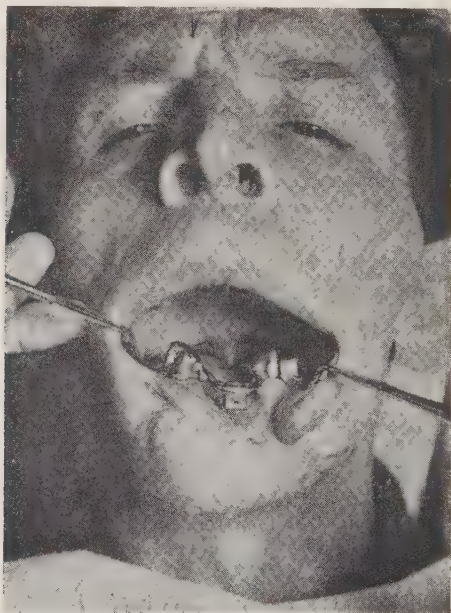
Le 30 septembre : Etat satisfaisant au point de vue fonctionnel. Il y aura lieu de faire des retouches superficielles pour sauvegarder l'esthétique.

CAS N° II

P... Robert, 7° B. O. A.

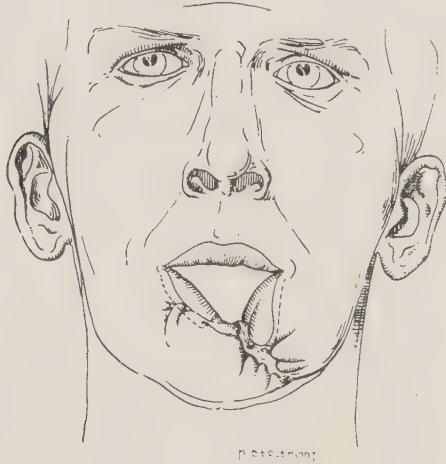
Blessé le 18 juin 1940 par balles de mitrailleuse.

Destruction de la lèvre inférieure dont il reste deux moignons latéraux du bord libre.



Le blessé est d'abord traité orthopédiquement pour une fracture compliquée du maxillaire inférieur.

Le 5 novembre 1940 : Mise en place d'une prothèse préopératoire fixée à l'arcade dentaire inférieure et destinée à servir de « forme » à la lèvre inférieure.

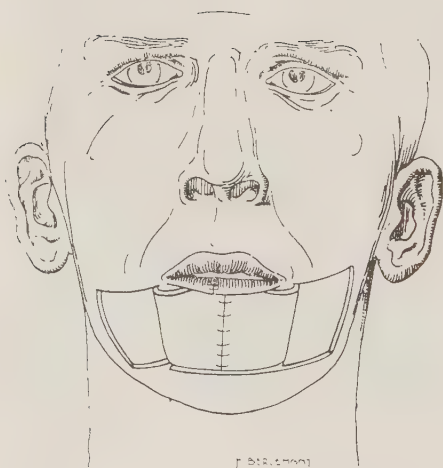
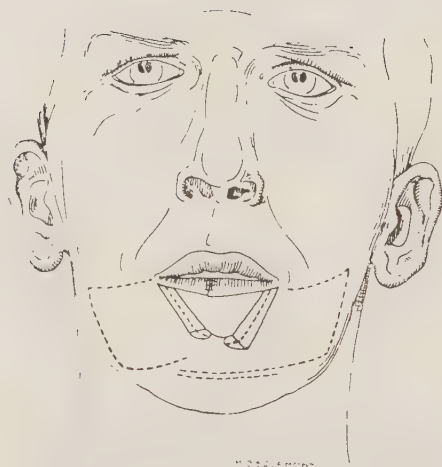


Le 13 novembre 1940 : Intervention ayant pour but la reconstitution de la lèvre inférieure :

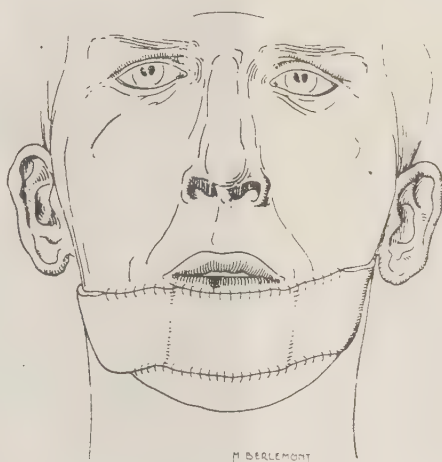
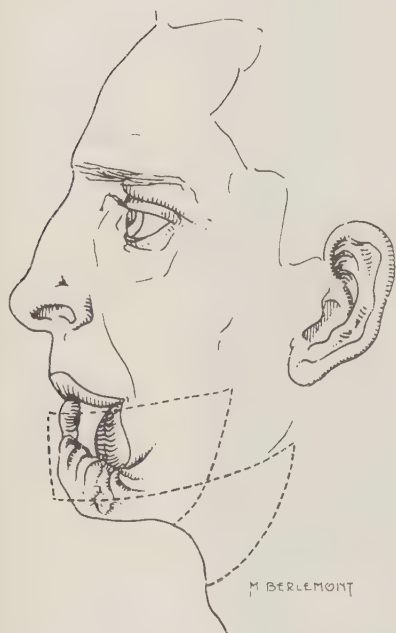
I° Libération large des deux moignons de la lèvre inférieure. Le moignon droit, un peu court, est assez mal « nourri ». Il bleuit progressivement ; la mise bout à bout est possible sans traction notable. Au-dessous, la perte de substance s'étend jusqu'à la région mentonnière.

II° Taille de deux lambeaux jugaux qui, rabattus, forment le plan buccal muqueux. Incision au-dessous de la brèche pour pouvoir suturer ce plan muqueux à la lèvre inférieure de l'incision.

III° Rabattement des deux lambeaux sur la ligne médiane et suture au bord postérieur des moignons de la lèvre et au bord supérieur de l'incision horizontale inférieure. Le plan muqueux est ainsi mis en place.



IV° Taille d'un lambeau cervical bipédiculé, dans la région encore cicatricielle, mais assez bas pour avoir une flèche qui permette de l'amener sans traction au-dessus du menton. Ce lambeau atteint 4 cm. de large sur 17 cm. de long. Ses pédicules se situent des deux côtés, au-dessus et en avant de l'angle de la mâchoire.



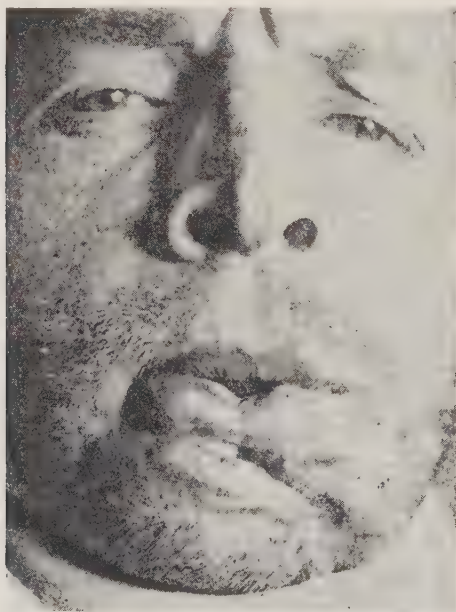
V° Le lambeau ainsi taillé est suturé après rotation autour de ses pédicules, à tous les bords cruentés : bord antérieur des moignons de la lèvre, bord supérieur et inférieur des brèches jugales, bord inférieur de l'incision horizontale inférieure.

Le 15 novembre 1940 : Sphacèle d'une grande partie du lambeau tout le long de la lèvre et sur le bord inférieur droit.

Le 20 novembre 1940 : Une brèche s'est produite sous la partie gauche de la lèvre. Le plan profond est resté. En somme, il semble que la lèvre sera intacte et qu'une perte de substance subsistera au-dessous et à gauche d'elle, de la taille d'une pièce de 10 centimes.

Le blessé est perdu de vue par suite de la mutation du chef de service.

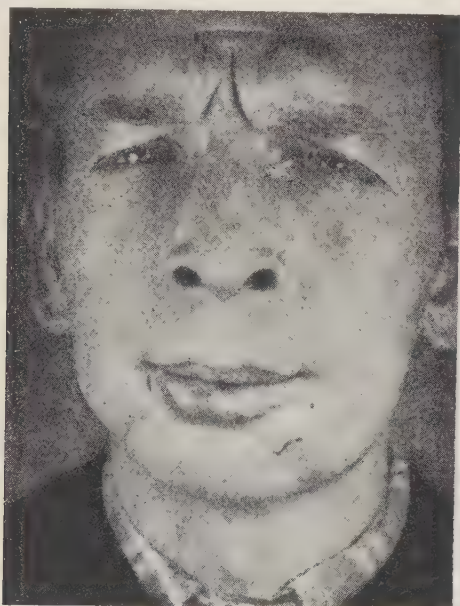
Le 30 janvier 1941 (Hôpital Desgenettes) : Le blessé se présente avec une perte de substance peu étendue et située à 1 cm. du bord libre de la lèvre inférieure.



On la comble par rapprochement selon la méthode française.

Le 5 février 1941 : Bon résultat.

Le 5 mars 1941 : Au point de vue fonctionnel le but recherché est atteint ; il y a lieu d'améliorer l'aspect de la région reconstituée, ce qui est obtenu par une série de cinq petites interventions .



Le 20 octobre 1941 : La lèvre néo-formée manque un peu de laxité par suite du comblement du vestibule buccal, ce qui rend également la prothèse dentaire difficile.

Intervention : Création au bistouri d'un vestibule entre la lèvre inférieure et le maxillaire. Prélèvement d'un greffon dermo-épidermique au niveau de la cuisse à l'aide d'un rasoir. Ce greffon, qui mesure 4×3 cm., est monté sur stents, il est fixé dans la brèche pour l'épidermiser.

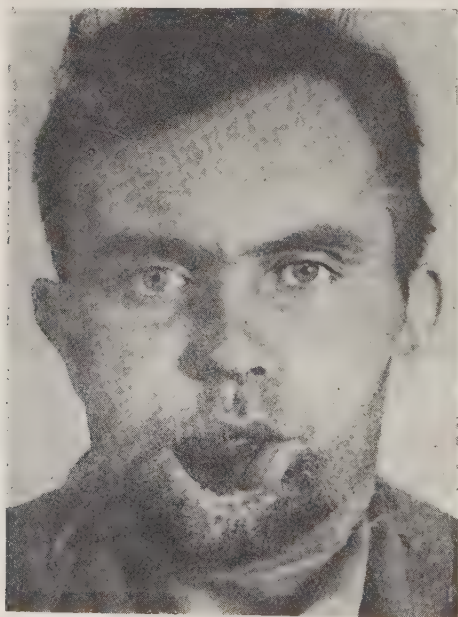
Le 3 novembre 1941 : Excellent résultat, un vestibule normal permet les mouvements de la lèvre et facilite la mise en place de l'appareil prothétique.

CAS N° III

B... André, brigadier au 329^e R. A.

Blessé le 19 juin 1940, par balle de mitrailleuse.

Entré le 6 août 1940 à l'H. C. des Beaux-Arts de Toulouse.

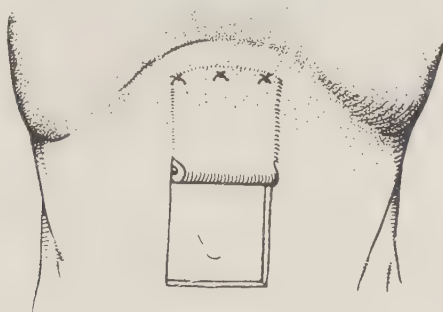


Il présente une destruction des parties molles du menton et de la lèvre inférieure dont il persiste deux moi-

gnons. Il y a également des lésions du rebord alvéolaire et du plancher buccal.

On libère au bistouri électrique les lambeaux de lèvre et on dégage les parties molles du plan osseux pour créer une ébauche de vestibule. Mise en place d'un bouclier en vulcanite pour fermer la brèche et servir d'appui à la plastie ultérieure.

Le 11 novembre 1940 : B... a une barbe très fournie ; il n'est pas possible de faire le plan profond muqueux aux dépens des joues, sous peine de le condamner à avoir une grosse touffe de poils dans la bouche. Le Médecin-Commandant Ginestet a donc l'idée de réaliser ce plan muqueux à l'aide d'un lambeau cervical attenant au futur lambeau bipédiculé en sa partie médiane et inférieure, et « mis en nourrice » sous lui. Ce petit lambeau se trouve donc taillé aux dépens de la zone glabre de la face antérieure du cou. La brèche causée par son décollement a été comblée extemporanément par suture après libération des bords.



M. Ginestet

Le petit lambeau insinué sous les téguments sus-jacents est amarré et maintenu appliqué contre la face profonde de la peau par trois crins.

Le 28 novembre 1940 : 1° Libération des moignons de la lèvre dont la partie droite est plus courte. On arrive à la reconstitution du bord libre sans traction exagérée.



2° Taille d'un grand lambeau bipédiculé cervical partant de la région massétérine basse et de 4 cm. de large, englobant le lambeau non pileux mis en nourrice le 11 novembre.

3° Suture sans traction du lambeau bipédiculé sur la brèche avivée.

4° Rapprochement des bords de la plaie de prélèvement.

Le 30 novembre 1940 : Le lambeau s'est tuméfié et a pris un aspect cyanotique inquiétant. Il y a vraisemblablement compression sur l'appareil en vulcanite, qu'on enlève immédiatement et que l'on remplace par un tamponnement de gaze iodoformée.

Applications continues de sérum tiède.

Le 2 décembre 1940 : Il semble que l'aspect s'améliore rapidement ; la coloration redevient normale.

Le blessé a été perdu de vue du 2 décembre 1940 au 15 janvier 1941.



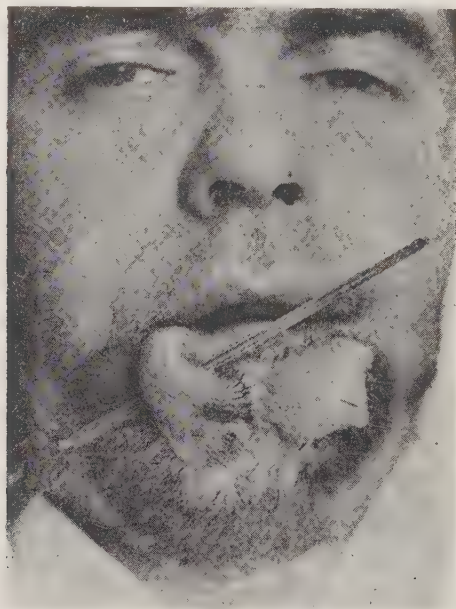
Le 20 janvier 1941 (Hôpital Desgenettes) : Section des deux pédicules, qui se sont spontanément enroulés. Le lambeau droit est souple et sera utilisé pour remplacer une zone de tissu cicatriciel située entre les deux pédicules. Le lambeau de gauche est court, épais et peu utilisable.

Le lambeau droit est tourné sur son axe et son extrémité distale est maintenue près du pédicule gauche par des leucoplasts pour préparer sa fixation ultérieure.

Le 30 janvier 1941 : Ablation du tissu cicatriciel au-dessous et en dedans de la partie médiane de deux pédicules.

Étalement de l'extrémité distale du pédicule droit et suture de la tranche.

Libération du bord inférieur de la partie médiane de ce pédicule. Amincissement par ablation de tissu fibro-graisseux sous-cutané. Ce lambeau contribue à compléter l'action du pédicule droit pour remplacer le tissu cicatriciel excisé au début.



Le 7 février 1941 : Excellent état. Les poils du lambeau ont conservé leur vitalité.

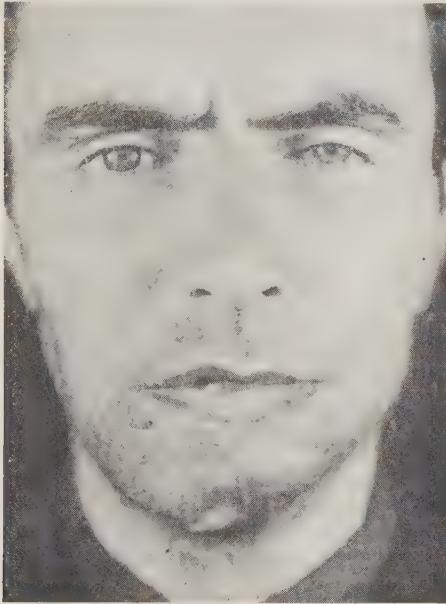
Le 10 février 1941 : Régularisation du pédicule gauche.

Le moignon exéburant de ce pédicule est détaché sur son périmètre inférieur : il est décollé, amenuisé et étalé

pour remonter un peu le bord libre de la lèvre inférieure et pour permettre de réséquer une zone cicatricielle dépilée au-dessous et en dedans de lui.

Le 21 février 1941 : Régularisation du pédicule droit.

Étalement de ce pédicule dont l'excédent d'étoffe sert également à remonter les téguments de la lèvre inférieure. Les deux pédicules ont été sectionnés et étalés.



Le versant cutané de la lèvre est assez étoffé. Il persiste une incisure sur le bord libre due à la brièveté du revêtement muqueux. Il faudra ultérieurement cliver ce revêtement pour gagner de la hauteur et diminuer la profondeur de l'incisure.

Le 4 avril 1941 : 1° Section d'une grosse bride de la

langue, qui l'attache au plancher de la bouche. Section horizontale. Suture longitudinale. La langue, après intervention, atteint le bord rouge de la lèvre.

2° Allongement en hauteur de la paroi intra-buccale de la lèvre inférieure, par une incision horizontalé, à 1 cm. du bord libre. Décollement des plans en profondeur et suture verticale. Séparation des deux lambeaux de la lèvre au niveau de l'incisure du bord libre ; petit débridement horizontal des deux côtés, entre le bord rouge et la peau.

Suture des deux extrémités libres après éversement vers le haut. L'incisure a disparu.

Le blessé rentre dans ses foyers en bon état après appareillage dentaire.

CAS N° IV

C... Chaïn, 2° classe, 11° R. M. V. E.

Blessé par balle, le 27 mai 1940.

Entré le 19 juin à l'H. C. Bossuet, à Angoulême.

Destruction totale du menton, de la lèvre inférieure en grande partie. L'arc antérieur du maxillaire a disparu, ainsi que la partie antérieure du plancher de la bouche.

Le 27 juin 1940 : Restauration très partielle des plans cutanés juxta-commissuraux au fil de lin. Suture transversale de la région du frein de la langue.

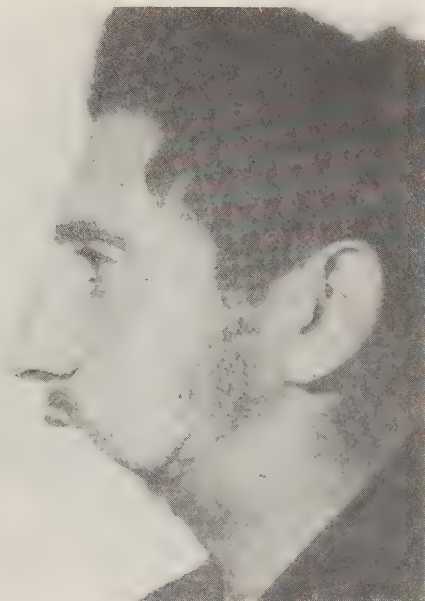
Sonde nasale, la déglutition étant impossible.

Le 13 août 1940 (H. C. des Beaux-Arts de Toulouse) : Mise en place d'un appareil en vulcanite préopératoire, tendant à servir de « forme ».

Le 17 août 1940 : Intervention ayant pour but de reconstituer la lèvre inférieure et toute la région mentonnière :

1° Taille de deux lambeaux jugaux pour faire le plan muqueux profond ;

2° Taille d'un grand lambeau bipédonculé de cuir chevelu de 8 cm. de largeur maxima, qui, rabattu, recouvre les plaies jugales et la face cruentée des lambeaux précédents.



Le blessé est maintenu en position dorsale stricte, pour éviter l'écoulement de la salive au niveau des sections.

Dans le même but, un aspirateur électrique est mis en place à son chevet et une potion à la belladone est administrée. Pastilles de gonacrine; alimentation nasale.

Le 2 septembre 1940 : Aucun sphacèle, malgré la lar-

geur du lambeau. L'appareil de vulcanite a donné du galbe au menton « synthétique ». Il persiste une brèche au niveau du rebord muqueux. Le blessé arrive à clore sa bouche.

Le 3 octobre 1940 : Section du pédicule gauche du lambeau de cuir chevelu. Section du lambeau au niveau du point d'union avec la partie de la joue dénudée au moment de la première intervention. La tranche saigne, mais la section est indolore.



Décollement après anesthésie locale des berges de la plaie du cuir chevelu : ablation des bourgeons à la curette.

Remise en place de la partie proximale du lambeau. Sutures aux crins.

Au niveau de la partie distale, taille de la tranche de section pour qu'elle concorde avec le plan jugal dénudé.

Le 16 octobre 1940 : Section du pédicule droit du lambeau de cuir chevelu. Ce pédicule est beaucoup plus

vascularisé que le précédent. Il est nécessaire de faire l'hémostase avec des pinces de Kocher sur la tranche de section distale du moignon.

Comme pour le pédicule gauche, les téguments sont très enroulés et doivent être libérés au bistouri.

Reposition du lambeau sur la paroi temporale. Suture aux crins. Retaille soignée de la tranche sur la peau attendant à la joue.



Le 20 janvier 1941 : Retouche ayant pour but de remonter la lèvre.

Résultat remarquable au point de vue fonctionnel et esthétique : phonation et alimentation normales. Une barbe très fournie et ondulée s'est développée sur le transplant. Il restera à réaliser la reconstitution osseuse dans un temps ultérieur.

Un appareil de prothèse a été mis en place qui maintient le galbe de la région mentonnière et compense dans une certaine mesure la perte de l'arcade dentaire inférieure ; il ne permet pas la mastication des aliments durs.

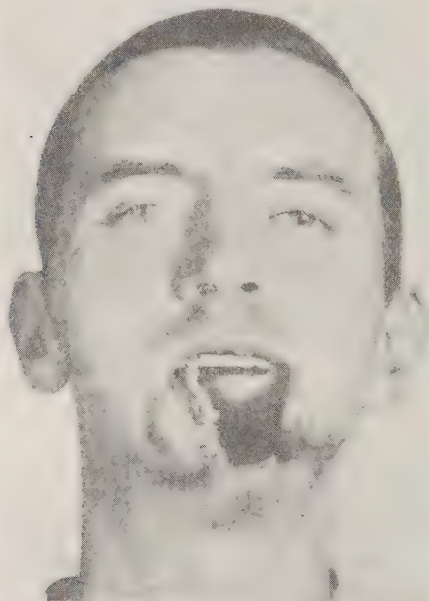
Le 14 juin 1941 : Le blessé rentre dans ses foyers.

CAS N° V

C... Alphonse, 2° classe, 24° R. I.

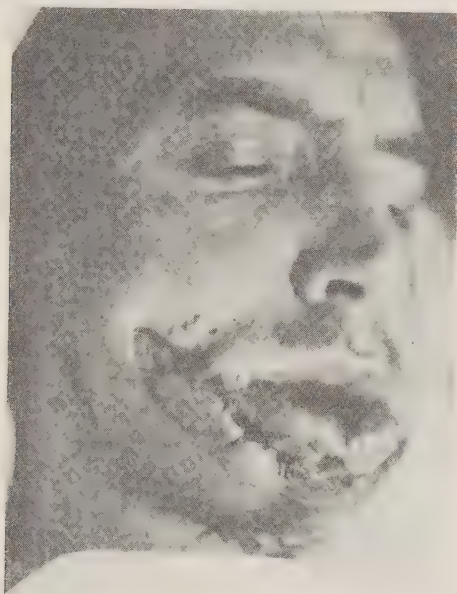
Blessé le 18 mai, par éclat d'obus.

Entré le 10 août 1940 à l'H. C. des Beaux-Arts de Toulouse.



Destruction du menton et de la lèvre inférieure dont il subsiste latéralement deux moignons importants du bord libre. Il existe en outre une grosse perte de substance de la région symphysaire.

Le 18 septembre 1940 : Libération au bistouri électrique des moignons latéraux et des téguments de la région sus-hyoïdienne pour créer un vestibule inférieur en vue de la prothèse préopératoire. Celle-ci consistera en un bouclier en vulcanite fixé sur un arc prenant appui sur les dents des deux moignons du maxillaire.



Le 23 janvier 1941 (Hôpital Desgenettes) : Reconstitution de la lèvre inférieure et des plans de revêtement de la région mentonnière. Une prothèse en « sabot » a été préparée, épousant la forme du menton.

Premier temps : Libération des deux moignons du bord libre de la lèvre qui sont mis bout à bout avec une légère traction.

Deuxième temps : Préparation du plan profond.

On retourne de chaque côté de la brèche un lambeau pris sur la joue. Les deux lambeaux qui viennent se joindre au milieu du sabot sont suturés l'un à l'autre. Leur bord supérieur est suturé au bord postérieur des moignons libérés et rapprochés dans le premier temps.

Troisième temps : Prélèvement d'un lambeau bipédiculé de 7×18 cm. sur la surface antérieure du cou, lambeau que l'on fait glisser et qui vient s'adapter sur le plan profond.

On suture et l'on obtient ainsi le plan superficiel.

La brèche formée par le prélèvement du lambeau est comblée par rapprochement.

Le 24 janvier 1941 : La partie moyenne du lambeau, une faible surface à droite, une plus grande à gauche, ont une teinte suspecte. De petits points de nécrose ont apparu au niveau des lambeaux de suture inférieurs, malgré l'irrigation au sérum tiède.

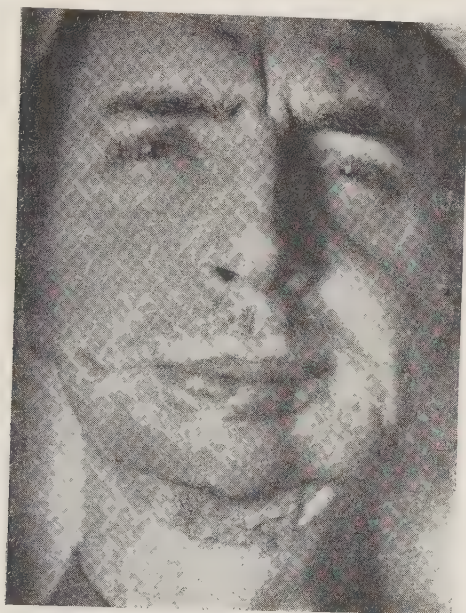
Le 27 janvier 1941 : Grosse amélioration, coloration normale, disparition des points de sphacèle au niveau des sutures. En revanche, à droite, à 5 centimètres du pédicule, zone suspecte large comme une pièce de 2 fr. Pulvérisations au sérum ; pommade à l'oxyde jaune de mercure sur les sutures.

Le 1^{er} février 1941 : Très bon aspect.

Le 18 février 1941 : Résultat remarquable. Mise en place d'une pièce de vulcanite moulée, tenue par un bonnet cranien avec traction élastique pour donner du galbe au menton et à la lèvre.

Le 26 mars 1941 : Etalement du pédicule droit. Un repli cutané infundibuliforme, provenant du chevauchement du pédicule sur la joue, est étalé et suturé aux deux extrémités du pédicule sectionné.

Le 4 avril 1941 : Section et étalement du pédicule gauche suivant le même procédé.



Les centimètres de peau ainsi gagnés à la suite de l'étalement donneront plus de laxité à la lèvre.

CAS N° VI

B..., 103^e R. I.

Blessé le 13 juin 1940, par éclat d'obus.

Destruction de la plus grande partie de la lèvre inférieure.

Le 25 juin 1940 : Réfection par un lambeau bipédiculé sous-mentonnier de la lèvre détruite (Dufourmentel).

Entré aux Beaux-Arts à Toulouse le 10 août 1940 ; la lèvre inférieure néo-formée est continente, mais le bord libre est éversé par des brides vers la langue et présente une incisure à la partie moyenne. Le vestibule est comblé.

Le 20 septembre 1940 : Libération au bistouri électrique d'un sillon vestibulaire et mise en place d'un bouclier en vulcanite. Au bout de quelques jours, cette pièce prothétique est munie d'une masse d'étain dans le but d'obtenir le maximum de laxité de la lèvre.



Le 28 janvier 1941 : La lèvre est encore un peu enroulée sur sa face interne. Il persiste une encoche sur le bord libre du fait de brides cicatricielles sur le versant muqueux.

Allongement de la lèvre dans le sens vertical par voie buccale, grâce à une incision horizontale pratiquée à 1 cm. 1/2 du bord libre et transformée en fente verticale après clivage des différents plans. Le bord libre est devenu horizontal et arrive au contact de la lèvre supérieure.



Le 19 juillet 1941 : Jusqu'à cette date, six petites interventions ont été pratiquées dans le but de niveler toutes les irrégularités : pédicules, cicatrices légèrement chéloïdes. Le blessé est alors en excellent état; il est muni d'une prothèse dentaire pour compenser la perte des dents causée par le projectile.

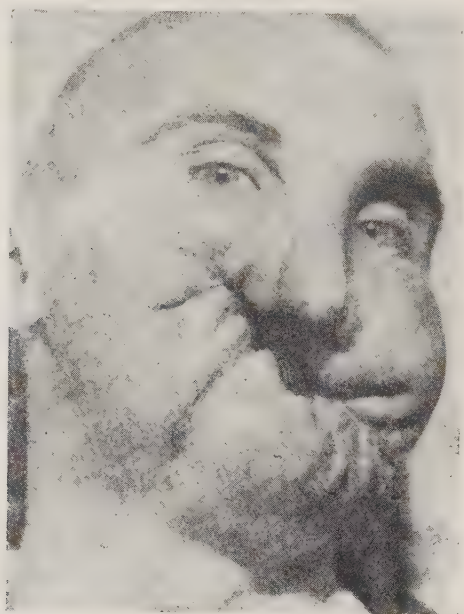
Nous terminerons cette série de cas par celui d'un

blessé chez qui le Médecin-Commandant Ginestet a utilisé un procédé particulier pour parer aux conséquences du sphacèle étendu d'un lambeau de cuir chevelu.

CAS N° VII

A..., 2^e classe, 32^e R. A. D.

Blessé le 10 juin 1940, par un obus en fin de trajectoire qui a emporté, en même temps que les deux lèvres,



toute la voûte palatine, les rebords alvéolaires des maxillaires inférieur et supérieur, et une partie de la symphyse.

Le 1^{er} février 1941 : Taille d'un lambeau bipédiculé de cuir chevelu de 7 cm. de largeur.

Retournement de la peau mentonnière pour faire le revêtement interne de la lèvre, après incision curviligne sous-mentonnière, remontant sur la joue à 2 cm. en dehors des commissures.



Mise en place du lambeau de cuir chevelu.

Le 14 février 1941 : Un sphacèle s'étant produit, il ne reste que quelques fragments de la partie moyenne du lambeau.

Le 14 mars 1941 : Section du pédicule gauche aux 2/3 de sa longueur en partant du zygoma. Remise en

place de la partie crânienne. Le tiers distal reste appendu à la commissure gauche. Il sera utilisé ultérieurement.

Le 24 mars 1941 : Section du pédicule droit près de sa base. L'extrémité inférieure est laissée pendante ; le bout supérieur est remonté sur la paroi temporale et suturé aux bords de la brèche de cuir chevelu avivée.



Le 20 avril 1941 : Le lambeau inférieur droit, qui a été assoupli par des tractions à l'aide de leucoplast fixé sur lui et sur le moignon de gauche, arrive au contact de ce dernier.

Le 23 avril 1941 : Les deux pédicules sont suturés l'un à l'autre après avivement.

Le 26 mai 1941 : Libération sur la moitié de sa circonférence et de son épaisseur du moignon gauche. Retournement vers le haut de 45°. Maintien par des sutures profondes au catgut. Sutures superficielles au crin.

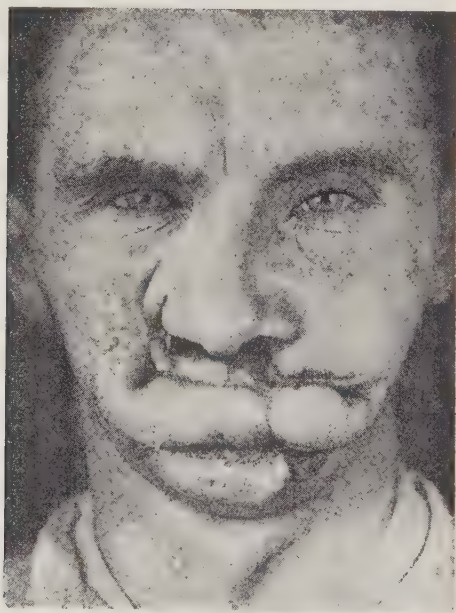
Le 21 juin 1941 : Même opération pour le pédicule droit.



Le 12 août 1941 : Section du lambeau cylindrique au point d'union des deux pédicules suturés. Avivement de la face inférieure des deux lambeaux cylindriques par section longitudinale et éversement des deux bords de la plaie ainsi produite. Incision longitudinale des parties molles qui correspondent au futur vestibule. Libération des berges de l'incision. Fixation au catgut du cylindre

de cuir chevelu précédemment cruenté entre les deux tranches de section. Suture des téguments au crin. Les deux moignons céphaliques fixés ainsi longitudinalement sont ajustés l'un à l'autre, bout à bout, après raccourcissement léger et taille en cône du segment droit.

L'anse prémentonnaire, que formaient les pédicules retournés, s'est ainsi muée en une margelle fixée aux parties molles de la région sus-mentonnaire dans le but de former le bord libre de la future lèvre.



Le 20 août 1941 : Excellent résultat ; traitement en cours.

CONCLUSIONS

I. Le traitement des mutilations importantes de la lèvre inférieure par projectile de guerre, doit viser deux buts:

Le premier, capital, est de rendre au blessé une lèvre continente, qui lui permettra une vie normale.

Le second, esthétique, est de donner à la plastie un aspect aussi voisin que possible d'une lèvre normale.

II. — Une étude très complète doit être faite à l'aide de moulages et de mensurations. Une prothèse préopératoire sert d'appui à la plastie et maintient le vestibule.

III. — Il est nécessaire de restaurer la lèvre en deux plans : un muqueux profond et un superficiel cutané.

Le plus souvent le plan muqueux sera formé de la peau des joues retournée. Quelquefois, l'utilisation d'un lambeau cervical glabre mis en nourrice sous le futur lambeau sous-hyoïdien peut être indiquée.

IV. — Un traitement complémentaire est souvent nécessaire pour donner de la laxité à la lèvre. Il est

de deux ordres : chirurgical (retouches du bord libre, greffe libre pour vestibule) et physiothérapique. La mécano-thérapie se surajoute, sous forme d'appareils à ressorts, ou de masses d'étain.

V. — Quel que soit le procédé de restauration employé, le traitement de telles mutilations est une œuvre de longue haleine, qui demande autant de patience de la part du chirurgien que de la part du blessé. Des interventions multiples sont le plus souvent nécessaires.

Vu :

Le Doyen,

JEAN LEPINE.

Vu :

Le Président de la Thèse.

P. SANTY.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon le 18 Novembre 1941

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GAU.

BIBLIOGRAPHIE

DUFOURMENTEL. — Reconstitution totale du massif maxillaire inférieur par greffe cutanée. *Revue Maxillo-Faciale*, 1919, p. 141.

— Chirurgie réparatrice et correctrice des téguments et des formes.

— Les déplacements tégumentaires par lambeaux à deux pédicules. *Revue Maxillo-Faciale*, 1918, p. 44.

GINESTET (G.). — Lésions traumatiques de la cavité buccale. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 22065).

LENORMANT (Ch.) et Pierre BROcq. — Chirurgie de la tête et du cou.

MAUCLAIRE. — Les greffes chirurgicales. Paris, 1922.

MOURE (P.). — Autoplasties faciales par lambeaux de cuir chevelu. *Presse Médicale*, 24 décembre 1921, n° 103.

OMBRÉDANNE. — Traité des autoplasties, 1907. *Société de Chirurgie*, 16 mai 1906.

PARANT (Marcel). — Greffons et lambeaux cutanés ; leurs applications aux pertes de substance du visage. *Thèse de Paris*, 1938.

SÉBILEAU. — Des autoplasties à lambeaux. *Revue de Chirurgie*, n° 4, 1926, p. 208.

VIRENQUE (M.). — Chirurgie réparatrice maxillo-faciale.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	9
Introduction	11
Chapitre premier. — Les lésions	17
Chapitre II. — Les procédés de restauration	19
Chapitre III. — Indications de ces procédés	29
Chapitre IV. — Conduite à tenir dans une restauration de la lèvre inférieure et du menton	33
Observations	39
Conclusions	69
Bibliographie	71

